

P3-49

ニュークックチル調理を用いて効率よく調理を行い、食事満足度アップを目指す

広島赤十字・原爆病院 医療技術部 栄養課

○西村 直賢、橋本 智聡、上瀬 達也、山根那由可、吉田 勝美、堀 小百合、丹生希代美

【はじめに】ニュークックチルで調理を開始して3年目となる。導入直後は、調理に慣れず、結果、食事満足度も3.3/5点となり0.1ポイント下がった。ニュークックチルでは、調理後、最長3日チルド保存をするため、味が濃くなっていく。美味しく提供するために、調理方法を見直し、患者の食事満足度向上を目指し取り組んできたことを発表する。【課題】1.下処理の作業効率を上げる。2.均一に味が染みる料理の工夫。3.再加熱によるオーバークックにならないための工夫。【取り組み】1.カット野菜を上手に取り入れ、衛生度の高い順番に処理を行い、盛付時間を確保。朝食においてもボトフと盛合せ料理が提供できるようになった。2.「煮魚」は少量の調味液に浸し、味を調整し、更に煮崩れや灰汁が魚につかず、見た目にもきれいな盛り付けが可能となった。調味液が減ったことでコスト削減にも繋がった。「魚の塩焼き」は、塩・酒・水の調味液を作り噴霧することで、少量の塩分でも万遍なく味を付けることが可能となった。3.再加熱の温度と時間を変更したことで、料理の乾燥を防ぎ、また器の周りについた調味料のこびり付きも減った。更に再加熱用の食器の痛みや変色も無くなった。【結果】平成30年2月の食事満足度調査結果は、3.8/5点となった。寒い時期には患者の満足度も高く、暑い時期には、冷たい料理が好まれ、満足度は低くなる。【考察】食事満足度調査から、自分たちの問題点や課題が明確になり、運用を見直すことができた。栄養課職員が患者の元へ行き、意見を聞き取ることも必要である。今後も、安心・安全で美味しい食事提供に取り組んでいく。

P3-51

持続経腸栄養を実施するICU/HCU病棟での看護師の運用理解

横浜市立みなと赤十字病院 看護部¹⁾、横浜市立みなと赤十字病院 医師²⁾、

横浜市立みなと赤十字病院 栄養課³⁾

○安田 真弓¹⁾、畠山 淳司²⁾、大川 李絵³⁾、石鉢 一美¹⁾

【はじめに】ICU/HCU病棟（以下FICU病棟とまとめる）では患者の全身状態を考慮し、主に持続経腸栄養を実施する。当院ではNST稼働マニュアルに運用をまとめ、持続経腸栄養ではバック製剤とRTH製剤で運用が異なることや、胃管の前吸引、2～3回/日の白湯のフラッシュが必要である事を明記している。ICU病棟の看護師において、胃管の前吸引や白湯のフラッシュ、バック製剤の使用は日常的であり、運用の徹底に繋がっている。しかし使用頻度の少ないRTH製剤の運用は、周知・理解が乏しい現状がある。以上より、マニュアルに基づく運用理解を促すために、具体的な現状調査を実施したので報告する。

【対象・方法】2017年9月にICU病棟の看護師51名を対象に、約2ヶ月間ポスターで持続経腸栄養の運用を周知した。その後2018年5月にICU病棟の看護師44名を対象にアンケートを実施し、持続経腸栄養の運用確認、NST稼働マニュアルの認知度を調査した。

【結果】ポスターでの周知は、ICU病棟の看護師全員に伝達した。しかし2018年5月に無記名で実施したアンケート調査は回収率63%で、持続経腸栄養の運用理解は、バック製剤89.2%、RTH製剤39.2%となる。また、NST稼働マニュアルの認知度は41%であった。

【結論】ICU病棟では主に持続経腸栄養を実施し、運用方法の一部は周知・実施されている。しかしバック製剤とRTH製剤の運用理解は、数値化したことで顕著な差が出た。使用頻度の差を考慮しても、NST稼働マニュアルの認知度も低いため、マニュアルに基づいた持続経腸栄養の運用理解が不十分である現状が明らかとなった。

P3-53

栄養管理記録の現状と課題

仙台赤十字病院 医療技術部 栄養課

○太田 晴子、木村 優里、大方 美生、上原 仁美、狩野 雪絵、鈴木 真実、小笠原初恵

【目的】

診療支援を目的とした患者の栄養ケアと記録内容の充実は、管理栄養士業務として重要な課題である。今回、より良い診療支援を目指し、医師の栄養管理記録活用状況について調査したので報告する。

【方法】

平成30年6月に当院医局に所属する医師59名に対し、紙面によるアンケート調査を実施し、22名より回答を得た（回答率37.3%）。

【結果】

電子カルテ内で時系列での栄養管理記録の閲覧方法を知っている医師は14名（63.6%）、知らない医師は8名（36.4%）であった。栄養管理記録の活用状況は、「活用している」11名（50.0%）、「活用していない」6名（27.3%）、「どちらとも言えない」5名（22.7%）で、活用していない理由は「閲覧方法を知らない」という意見が多かった。栄養管理記録の活用状況の内訳（複数回答可）は、「必要栄養量」11名（68.8%）、SOAPの「S」9名（56.3%）、「O」8名（50.0%）、「A」10名（62.5%）、「P」13名（81.3%）、であった。「栄養管理が必要な患者に対し栄養指導を依頼したと思う」は20名（90.9%）、「思わない」は0名、「どちらとも言えない」は1名（4.5%）であった。「栄養管理が必要な患者に対し栄養指導を依頼したことがある」は19名（86.4%）、「依頼したことがない」は1名（4.5%）、「どちらとも言えない」は1名（4.5%）であった。

【考察】

本調査において、回答したほとんどの医師が栄養管理の必要性を感じているにもかかわらず、時系列での栄養管理記録閲覧方法の認知度が低く、十分に診療に活用されていないことがわかった。栄養管理記録閲覧方法の周知が必要であり、閲覧方法の認知度を上げたうえで、栄養管理記録の内容と活用状況に対する再調査の必要性が示唆された。

P3-50

当院ICUにおける栄養療法の現状と課題

横浜市立みなと赤十字病院 栄養課¹⁾、集中治療部²⁾、看護部³⁾

○大川 李絵¹⁾、畠山 淳司²⁾、安田 真弓³⁾

【背景】重症患者の栄養障害は、感染性合併症や死亡率などを悪化させる。一方で、overfeedingは高血糖や二酸化炭素の産生過剰などの有害事象のため、エネルギーはPermissive underfeedingが推奨されているが、蛋白質については体蛋白の喪失を抑えるため、1.2g/kg/日以上との投与が推奨されている。しかし、一般的な経腸栄養剤では、投与エネルギーを抑えると、蛋白質も抑えられ、体格によっては蛋白質投与に難渋する。そこで、当院ICUにおけるエネルギー投与量と蛋白質投与量の実態を検討した。

【対象と方法】2015年4月から2017年3月までにICU入室後、72時間以上人工呼吸管理を要し、ICU滞在日数が1週間以上であった患者を対象とした。除外基準として、1週間以内に経口摂取を開始した患者、ICU入室時の身体計測未実施患者とした。性別、年齢、BMI、APACHEIIスコア、主病名、人工呼吸期間、経腸栄養開始・静脈栄養開始時期、ICU入室3日目と7日目のエネルギー投与量と蛋白質投与量、ICU滞在日数、在院日数、転帰について後方視的に検討した。

【結果】81例が対象となり、年齢71歳、男性が約7割。BMI24.2kg/m² APACHEIIスコア29、経腸栄養開始時期は43時間であった。ICU入室3日目のエネルギー充足率は17%、蛋白質投与量は0.2g/kg/日で、7日目のエネルギー充足率は50%、蛋白質投与量は0.6g/kg/日であった。ICU死亡率は26%であった。

【考察】経腸栄養開始時期は、ガイドラインが推奨している48時間以内に実施されていたが、エネルギー投与量や蛋白質投与量は、ICU入室3日目のみならず7日目も低値であった。経腸栄養剤の選択や投与量の増量のタイミングに課題がみられた。今後、ICU入室後、エネルギーと蛋白質の最適量が投与できるよう栄養プロトコルの導入を検討する必要がある。

P3-52

重症患者の栄養療法－管理栄養士のICU配置前後の比較－

横浜市立みなと赤十字病院 集中治療部¹⁾、

横浜市立みなと赤十字病院 栄養課²⁾

○畠山 淳司¹⁾、武居 哲洋¹⁾、大川 李絵²⁾

【目的】

当院はsemi closed ICUであり重症患者の栄養療法は、集中治療医の介入はあったが、NSTや管理栄養士の介入はなかった。2016年7月より管理栄養士がICU配置となり、早期経腸栄養や高蛋白投与、経腸栄養が使用できない場合は静脈栄養の併用を意識した栄養療法を提案している。そこで、管理栄養士のICU配置前後で栄養療法がどのように変化したかを調査した。

【方法】

2015年7月から2016年6月までの管理栄養士のICU配置前と2016年7月から2017年6月までの配置後のそれぞれ1年間において、ICU入室後72時間以上人工呼吸管理を要し、ICU滞在日数が1週間以上であった患者を対象とした。除外基準として、1週間以内に経口摂取を開始した患者や治療制限を行った患者、身体計測未実施患者とした。経腸栄養開始時期、ICU入室4日目と7日目のエネルギー充足率と蛋白質投与量、転帰について帰帰不連続デザインを用いて後方視的に検討した。

【結果】

対象患者は配置前34例、配置後29例であった。配置前後で、年齢、性別、BMI、NUTRICスコアに差を認めなかった。経腸栄養開始時期に差を認めないものの（-97時間、95%CI -236-42、p=0.17）、ICU4日目のエネルギー充足率（50%、95%CI 4.2-95、p=0.03）とICU7日目のエネルギー充足率（67%、95%CI 18-116、p=0.01）や蛋白質投与量（0.78g/kg/day、95%CI 0.09-1.46、p=0.03）は配置後で有意に増加していた。ICU滞在日数や在院日数、死亡率に差を認めなかった。

【結論】

当院の重症患者管理に集中治療医が関与しているICUでは、管理栄養士が介入することで、重症患者の栄養投与量が改善した。

P3-54

TPN施行患者の実態調査

徳島赤十字病院 薬剤部

○速水 智加、組橋 由記、川野 壮一、森井 聖二

【背景】現在、徳島赤十字病院において入院患者の栄養管理は栄養サポートチーム（Nutrition Support Team：NST）をはじめ、多職種における助言のもとに成り立っている。経口摂取が出来ない患者の栄養療法は完全静脈栄養法（Total Parenteral Nutrition：TPN）と経腸栄養法（Enteral Nutrition：EN）の2つに大別される。長期の栄養管理方法は経腸栄養法が生理的投与経路であるため第一選択となるが、経腸栄養が不可能、あるいは不十分な場合はTPNが選択される。今回TPN施行患者を対象に調査を行い検討した。【方法】2017年1月から2017年12月までに当院でTPNを施行した患者のTPN施行期間、脂肪乳剤の有無、経管栄養の有無、疾患、エネルギー充足率、電解質（Na、K、Cl）、肝機能（ALT、AST）、腎機能（Scr、BUN）をカルテから調査した。【結果】対象患者は50名であった。男女比30/20、年齢中央値72（34-94）、全体の平均エネルギー充足率は55.7%。50%ブドウ糖液、キット製剤共に投与前後で肝機能、腎機能、電解質における有意な悪化は見られなかった。キット製剤使用患者のクレアチニン値では50%ブドウ糖液使用患者と比べて投与前0.784mg/dLから投与後0.724mg/dLへと正常範囲内だに有意な低下が認められた。【考察】得られたエネルギー充足率から当院は急性期病院のため、栄養状態不良の患者に投与エネルギー量を徐々に上げていくことができずに転院していくことや短期間では投与エネルギー量を上げられない現状が考えられた。キット製剤使用患者ではクレアチニン値の低下が認められたが、肝機能、腎機能共に悪化している患者には50%ブドウ糖液が選択されていた。これは50%ブドウ糖液を使用した場合、投与エネルギー量や水分量、電解質の微調整が可能であるためと考える。今回、TPN投与による著名な肝機能、腎機能の悪化は見られなかったが、今後肝機能や腎機能に応じた適切な処方の提案を行う必要があると分かった。

11月15日(木)
一般演題(ポスター)
抄録